

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN-MANAGUA

RECINTO UNIVERSITARIO RUBÉN DARÍO

Facultad de Ciencias Médicas



Trabajo Monográfico para optar al título de
Especialista en Pediatría

Tema:

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS MATERNAS EN ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE Y NIÑO PEQUEÑO, INGRESADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL ALEMÁN NICARAGÜENSE, OCTUBRE 2014-ENERO 2015.

Autora: Dra. Argeli Martínez García, Médico General

Tutora: Dra. Tammy Tijerino, Médico Pediatra

16 de febrero de 2015

Índice

Tema	1
Opinión de la tutora	2
Dedicatoria	3
Agradecimiento	4
Resumen	5
Introducción	6
Antecedentes	7
Justificación	13
Objetivos	14
Planteamiento del problema	15
Marco Teórico	16
Diseño Metodológico	32
Resultados	38
Discusión	42
Conclusiones	47
Recomendaciones	48
Bibliografía	50
Anexos	52

Tema:

Conocimientos, Actitudes y Prácticas, maternas en alimentación del lactante y niño pequeño ingresados en el servicio de pediatría del Hospital Alemán Nicaragüense Octubre 2014 – enero2015.

Opinión de la Tutora

La nutrición infantil es un tema de gran interés desde muchos ángulos que va desde el interés personal en el seno de la familia hasta ser uno de los indicadores de salud más importantes a nivel global.

Los lactantes y niños pequeños son más vulnerables a una nutrición deficiente por diferentes motivos: depósitos nutritivos bajos, gran demanda para asegurar un crecimiento adecuado, rápido desarrollo neuronal, factores externos como calidad y cantidad de los alimentos ofrecidos, prácticas de alimentación, etc.

Nuestro sistema de salud tiene como política promover la Lactancia Materna Exclusiva durante los primeros seis meses de vida y continuada con alimentación complementaria hasta los dos años de edad para garantizar la alimentación óptima del lactante y niño pequeño. En ese sentido se vienen desarrollando estrategias de promoción y acción como es el la implementación de la Iniciativa de Unidades Amigas de la Niñez y la Madre en todos los establecimientos de salud del país. Considero que este estudio en el que se analizan los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres respecto a la alimentación de los niños pequeños en nuestra Unidad Asistencial brinda información muy importante que servirá para conocer aquellos aspectos que deben fortalecerse en la educación a las madres para lograr el objetivo de mejorar las prácticas de alimentación y con ello la salud de nuestros niños.

Felicito a la Dra. Argeli Martínez por la elección de este tema tan importante y por su aporte a nuestra institución la que será de mucha utilidad para replantearnos estrategias más efectivas en el cambio de práctica de alimentación.

Dra. Tammy Tijerino Marín
Especialista en Pediatría

Dedicatoria

Primeramente a Dios por ser la luz que ilumina este camino de muchos sacrificios, por poner ángeles en mi camino que han ayudado que esta meta se hiciera posible.

A mi familia que siempre ha estado para apoyarme y darme ánimos en los momentos difíciles, por enseñarme que no debo rendirme aun cuando el camino no sea fácil.

Agradecimiento

A Dios, por ser la luz en este camino que inicie y que finalmente concluyo; por darme la sabiduría para atender a cada uno de los pacientes.

A mi familia que siempre me apoya en cada uno de mis proyectos, por soportar cada día especial que me ausente, por tener que brindar mi servicio a la población.

A mis maestros que con su enseñanza me ayudaron a crecer y ser mejor persona.

A mi tutora Dra. Tammy Tijerino por ayudarme a poder realizar esta investigación monográfica.

Finalmente a cada una de las personas que siempre me brindaron su apoyo incondicional, que a pesar de mis defectos siempre han estado ahí.

I. Resumen

El objetivo de este trabajo fue evaluar los Conocimientos, Actitudes y Prácticas que realizan las madres en la alimentación del lactante y niño pequeño ingresados en el servicio de pediatría del Hospital Alemán Nicaragüense, de octubre 2014 a enero 2015. Se realizó un estudio descriptivo a 100 madres de lactantes que ingresaron durante el período descrito, el muestreo fue por conveniencia.

Encontrando dentro de las principales características sociodemográficas que mayoritariamente son madres jóvenes de 29 años, con secundaria aprobada, amas de casas, acompañadas, con un ingreso familiar de un salario mínimo.

Con conocimientos inadecuados de Lactancia Materna Exclusiva, beneficios de Lactancia Materna, duración de Lactancia Materna, así como el momento de inicio de alimentación complementaria.

Identificamos que las madres tienen Actitudes adecuadas; y Prácticas que solo un poco más del 50% las realiza de manera correcta. Una de las principales prácticas inadecuadas que más hacen; es suspender la Lactancia Materna por considerarla que esta no es suficiente para satisfacer todas las necesidades del niño.

II. Introducción

Las prácticas óptimas de alimentación del lactante y del niño pequeño, se sitúan entre las intervenciones con mayor efectividad para mejorar la salud de la niñez.¹

En la actualidad, 1 de cada 5 muertes en el mundo se da en niños menores de 5 años de edad, en quienes las principales causas de muerte son las infecciones respiratorias y diarreicas, así como las relacionadas con su estado de nutrición. Globalmente, menos de 35% de los niños menores de 6 meses de edad son alimentados únicamente al seno materno, debido a diversos factores que no permiten que la Lactancia Materna Exclusiva se lleve a cabo exitosamente.

Para mejorar esta situación, las madres y las familias requieren de apoyo para iniciar y mantener prácticas apropiadas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Los profesionales de la salud pueden desempeñar un rol crítico para brindar dicho apoyo, influenciando las decisiones relacionadas con las prácticas alimentarias de las madres y las familias.²

Este trabajo se realizó en el Hospital Alemán Nicaragüense, en el servicio de Pediatría sobre ***Conocimientos Actitudes y Prácticas Materna en alimentación del Lactante y Niño Pequeño hospitalizado de Octubre 2014 a Enero 2015.***

En este sentido, la presente investigación será de gran utilidad para el HAN; ya que se brinda información en este tema, del cual no hay estudios en este hospital; en base a los resultados obtenidos se deben realizar las intervenciones pertinentes en este importante tema que es de prioridad en nuestro país y muchos otros países en donde no se cuenta con adecuadas estrategias alimentarias.

III. Antecedentes

La Ciencia de la nutrición tiene cerca de 2500 años de antigüedad. Hacia finales de la sexta centuria, Alcmeon, de Crotona, una Colonia griega del sur de Italia, afirmó que tanto la excesiva como la deficiente nutrición, podría ser nocivo para la salud y originar enfermedad.³

En 1979, la Organización Mundial de la Salud, OMS, e instituciones de las Naciones Unidas abordaron los problemas de alimentación de Lactantes y niños pequeños, al constatar que una de las causas de abandono de la Lactancia natural es la publicidad errónea y la excesiva promoción de fórmulas lácteas. Como resultado surgió el Código Internacional de sucedáneos de la leche materna para regular las prácticas de comercialización de alimentos infantiles.

En 1989 la OMS y la UNICEF promulgaron los 10 pasos para garantizar una Lactancia Natural exitosa, cuyo propósito es proteger, promover y apoyar la Lactancia Materna desde el punto de vista de las prácticas institucionales. Para 1991 la OMS realiza estudios sobre el código en 15 países y se lanzó por parte de UNICEF-OMS, la Iniciativa Hospital Amigo de los Niños y se firma un acuerdo con la Asociación Internacional de las Industrias de fórmulas infantiles para la interrupción de donaciones gratuitas en 12 países. Actualmente se conocen son 13 pasos para garantizar una Lactancia Materna exitosa.

Estas estrategias hacen un llamamiento a todos los gobiernos, los cuales deberán de formular y aplicar una política integral sobre alimentación de Lactante y el niño pequeño. Los profesionales sanitarios deberán estar capacitados para proporcionar asesoramiento eficaz sobre la alimentación, y sus servicios deberían de extenderse a la comunidad a través de asesores. Además contempla que los gobiernos deben de examinar los procesos de aplicación nacional del código internacional de comercialización de sucedaneos de la leche materna y leyes para proteger a la familia de las influencias comerciales negativas.

La estrategia Mundial para el niño Lactante y pequeño tiene por objetivo revitalizar las medidas para fomentar, proteger y apoyar una alimentación adecuada de Lactante y de niño pequeño. Se basa en la declaración inocenti y la Iniciativa de los Hospitales Amigos de los Niños.

En un estudio realizado en un Jardín infantil de Bogotá sobre Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria por María Sáenz y Ángela Camacho en el 2007 un 64% de las familias usuarias de lactancia materna tenían menos de dos salarios básicos, el 99% asistía a controles prenatales, pero solo un 89% se les brindo consejería sobre lactancia materna, de estas el 63% inicio alimentación complementaria a los 6 meses; una de las razones planteadas para iniciar otra leche fue complementar la lactancia.⁵

La investigación hecha por Jenni Benites, Relación que existe entre el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad, que asisten al Consultorio de CRED, en el C.S. Conde de la Vega Baja, enero 2008. En cuanto el nivel de conocimiento bajo está relacionado a que el 50% de las madres definen la alimentación complementaria como la introducción de alimentos semisólidos sin la leche materna, refieren que la frecuencia de los alimentos que se debe brindar a sus niños es de 3 a 4 veces al día, las madres de niños de 10 a 11 meses de edad refieren que la cantidad correcta de alimento que debe consumir su niño es $\frac{1}{2}$ taza y consideran a la sopa como alimento importante en la dieta del niño; utilizándola para inicio de ablactación siendo esto no ideal porque los caldos no cumple con los requerimientos nutricionales, además la pequeña capacidad gástrica del lactante de 6 meses hace preferible a los alimentos semisólidos como ideal para los niños.⁶

En el caso de América Latina un 38% de los Lactantes son alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros 6 meses. La mitad de los recién nacidos reciben Lactancia Materna en la primera hora de vida y los países pueden presentar tasas de tan solo 26.4%. En Guatemala la duración media de la alimentación exclusiva con leche materna es de 21 meses. En Costa Rica 53 de cada 100 lactantes son

alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros 6 meses. El Salvador el 31.5% recibe Lactancia Materna Exclusiva. Seguido de Honduras el 29.7%.

Nicaragua cuenta con una estrategia de desarrollo humano en la que se aborda la Lactancia Materna, desde la medicina comunitaria. A partir de 1982 se han venido elaborando diferentes leyes con el objetivo promover a todos los niveles la Lactancia Materna y una alimentación adecuada en el lactante y así prevenir la desnutrición.

En Nicaragua las encuestas nacionales de los menores de cinco años muestran que la prevalencia de desnutrición global y crónica descendió sustancialmente entre 1966 y 1993, y se deterioró sensiblemente entre 1993 y 1998. La evaluación más reciente a nivel nacional señala que para 1998 el 12% de los niños menores de cinco años estaban bajo peso, 25% tenían retardo de crecimiento y el 4% estaban sobrepeso. La prevalencia más alta del retardo de crecimiento corresponde a los departamentos de la Región Central-Norte, en particular Madriz 49% y Jinotega 39% (MINSA, 1999). Según ENDESA 2007, la deficiencia proteico-energética es la forma de desnutrición más generalizada, casi siempre vinculada con condiciones de pobreza y asociada a carencias de nutrientes específicos. Esta deficiencia se manifiesta con un retraso del desarrollo físico e intelectual de los niños y niñas.⁷

Según ENDESA 2011 – 2012 el porcentaje de desnutrición crónica es de 4.9. Entre las principales causas de la situación nutricional se pueden mencionar: la poca duración de la lactancia exclusiva e introducción temprana de alimentos y otros líquidos de baja densidad energética que sacian el hambre, pero no nutren al niño. Al deficiente consumo general de energía (2190 kcal/persona/día) y proteínas (44 a 51 g/persona/día) de la población rural pobre, se suma a éstos la deficiencia en el consumo de productos de origen animal y otras fuentes de hierro y vitamina “A” como las frutas y verduras. Esta situación es atribuible a problemas en el acceso a los alimentos propiciado por bajos niveles de ingreso con respecto al costo de la canasta alimentaria en la población ocupada que es poca con relación a la población en desempleo abierto (15%). A nivel rural, además de los problemas de acceso, se suman los de producción y de sostenibilidad ambiental limitando los recursos alimentarios para su autoconsumo

y los ingresos para cubrir otras necesidades básicas lo cual afecta de manera severa sus niveles de desarrollo y seguridad alimentaria.⁸

Se encontró una duración de Lactancia Materna Exclusiva de dos meses y medio como promedio nacional y a los cuatro meses de edad solo el 30% tenía Lactancia Exclusiva. Otro factor importante es con relación a la dieta suplementaria de los que no gozan Lactancia Exclusiva, ya que además de leches reciben “otros líquidos” en 70% de los casos antes de los seis meses de edad y entre los siete y nueve meses de edad, además de la dieta sólida reciben “otros líquidos” en 85% de los casos.

Entre mayor es la instrucción de las mujeres hay menos tendencia a dar otro alimento antes de amamantar, salvo entre las mujeres con educación superior. También hay más tendencia a dar otro alimento antes de amamantar a las niñas y a los hijos de las mujeres residentes en la zona rural.

El MINSA, al igual que UNICEF y la OMS/OPS, recomiendan que los niños tengan lactancia exclusiva en los primeros seis meses de vida y que se les comience a dar alimentación complementaria (alimentos sólidos y semisólidos) en el séptimo mes. El inicio de la alimentación demasiado temprano puede disminuir la ingesta calórica total del niño (aunque se siga amamantando) y aumentar su vulnerabilidad a las infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas.

Sin embargo, la panorámica cambia a medida que el niño comienza a crecer, a los 12 meses debería consumir los mismos alimentos que el colectivo familiar, además de lactar. Algunos especialistas opinan que si no comienza ese complemento alimenticio, el niño podría sufrir retraso en el crecimiento con secuelas difíciles de reparar, además de que pueden aumentar los riesgos de obesidad y como consecuencia de hipertensión en la edad adulta.⁷

La mayoría de los estudios indican que la Lactancia se tiende a abandonar pronto. Si bien solo el 5 por ciento de los niños nunca lactaron desde el nacimiento, sin embargo, al llegar a los 4 a 5 meses, el 10 por ciento ya no está lactando y a los de 20-23 meses ya no lo hacen el 61 por ciento. La lactancia materna exclusiva llega al 47 por ciento

entre los menores de dos meses y disminuye al 12 por ciento entre los niños de 4 a 5 meses. La lactancia no materna es relativamente alta en los primeros 2 meses (31 por ciento), pero desciende hasta desaparecer a los 10 meses. La Lactancia Materna con complementos alimenticios comienza con un 4 por ciento, aún entre los menores de 2 meses y va ganando espacio en detrimento de la lactancia materna exclusiva y de la lactancia no materna, antes de los 6 meses, ya casi la mitad de los niños están lactando con alimentación complementaria.

Según la encuesta nacional del 2012 se encontró que el 31.7% de los niños menores de 6 meses reciben Lactancia Materna Exclusiva y que además la Lactancia es una práctica generalizada, dado que el 79.7% de los niños recibió Lactancia Materna en alguna oportunidad de su primer año de vida. Además se reporta que de cada 100 niños menores de 6 meses de edad; 11 han recibido al menos una dosis de vitamina "A".⁸

Además de cada 100 niños nacidos, 60 en la zona rural, y 4 en la zona urbana recibió Lactancia Materna en la primera hora de vida.

Estudios realizados por diferentes autores entre los que se menciona:

Delgadillo y Billagra, HAN 1997, Prácticas de Lactancia Materna en menores de 1 año, encontraron que la edad de las madres que dieron Lactancia eran de 21 a 31 años. El 11.5% eran multíparas, 11.9% amas de casa, los tipos de Lactancia ofrecidas a los niños menores de 1 año fue mixta en el 13.9%. La causa principal de destete fue la poca producción de leche en el 56%, el 87.7% no había recibido información de Lactancia Materna.⁸

Por otra parte, (Baca y Aguilar, Managua 2012, HHA, estudio CAP sobre Lactancia Materna de Puerperas entre 15 y 49 años), en sus conclusiones reflejan que las puérperas atendidas son generalmente jóvenes de procedencia urbana, amas de casa, con un nivel de escolaridad medio, contienen adecuados conocimientos sobre los

beneficios de la Lactancia Materna, sin embargo, la mayoría no da Lactancia Materna Exclusiva y realizan prácticas perjudiciales para la salud y la nutrición del niño.

Asimismo identificaron que el 99% consideraron importante la Lactancia Materna. Apenas el 29% tenía conocimiento correcto sobre Lactancia a libre demanda. Solo el 67% tenían conocimientos sobre Lactancia Materna Exclusiva. El 83% daba el pecho por lo menos 6 meses.¹⁰

IV. Justificación

La alimentación del lactante y del niño pequeño es piedra angular del desarrollo infantil; cerca de un 30% de la población mundial menor de 5 años tiene retraso del crecimiento a consecuencia de una mala alimentación, e infecciones a repetición.

A nivel mundial, menos del 40% de los lactantes menores de 6 meses reciben leche materna, como alimentación; en Nicaragua según ENDESA 2012 solo un 31.7% de los niños reciben lactancia materna exclusiva; esto ha logrado una reducción del porcentaje de desnutrición de un 25.8% en el 2001 a 21.7% en el 2006.

Teniendo en cuenta que en nuestro país las prácticas en Lactancia Materna continúan siendo deficientes, y que esto contribuye a introducción inadecuada de alimentos antes del tiempo; conllevando con ello a un incremento en la incidencia de desnutrición, mortalidad infantil, consideramos es necesario se realicen mas estudios encaminados a determinar cuáles son las causas de estas prácticas inadecuadas.

En el Hospital Alemán Nicaragüense, no existe ningún estudio que evalúe cuales son los factores que influyen en una alimentación inadecuada del lactante. Consideramos que este estudio es de mucha importancia, ya que desde hace dos años nuestro hospital viene desarrollando campañas educativas sobre Lactancia Materna, tanto para el personal, como en las madres que se atienden, todo esto con el objetivo de certificarse como Hospital amigo de la Niñez. Al identificar los determinantes que influyen en las malas prácticas alimentarias, podremos realizar las intervenciones necesarias para lograr que nuestros niños tengan estados nutricionales adecuados y por ende disminuir la mortalidad infantil que es uno de los objetivos del milenio.

V. Objetivos

General:

Evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas que realizan las madres en la alimentación del lactante y niño pequeño ingresados en el servicio de pediatría del Hospital Alemán Nicaragüense.

Específicos:

- 1- Caracterización sociodemográfica y económica de las madres.**
- 2- Identificar los conocimientos y creencias maternas sobre alimentación del lactante y niño pequeño.**
- 3- Conocer actitudes maternas frente la alimentación del lactante y niño pequeño.**
- 4- Identificar las prácticas de alimentación del lactante.**

VI. Planteamiento del problema

¿Cuáles son los Conocimientos, Actitudes y Prácticas maternas en alimentación del lactante y niño pequeño, ingresados en el servicio de pediatría del Hospital Alemán Nicaragüense, de Octubre 2014 a enero 2015?

VII. Marco teórico.

La alimentación se define como un proceso voluntario a través del cual las personas se proporcionan sustancias aptas para el consumo, las modifica partiéndolas, cocinándolas, introduciéndolas en la boca, masticándolas y deglutiéndolas.

El lactante es el niño que se alimenta, fundamentalmente de leche, comprende la edad que va desde 1 mes a 12 meses; los períodos de la alimentación del lactante son:

1-período de lactancia 4 – 6 primeros meses de vida, durante los cuales su alimento debe ser de forma exclusiva la leche materna, y en su defecto las fórmulas para lactantes.

2- período transicional, el segundo semestre de vida, hasta cumplir un año; en el se inician las diversificaciones alimentarias, o alimentación complementaria, introduciendo alimentos distintos a la leche materna, o formulas.³

Los niños necesitan alimentos de calidad y en cantidades adecuadas para alcanzar un crecimiento y desarrollo óptimo; los lactantes y niños pequeños son más vulnerables que los adultos a una nutrición deficiente por diferentes motivos: Depósitos nutritivos bajos, grandes demandas para asegurar un crecimiento adecuado y rápido desarrollo neuronal.

Durante la infancia, la nutrición es esencial para asegurar el crecimiento y mantener la salud pero, además, se trata de un período que ofrece importantes oportunidades para establecer hábitos dietéticos saludables que persistan a lo largo de toda la vida.

La alimentación del lactante y del niño pequeño es una piedra angular del desarrollo infantil. Cerca de un 30% de la población mundial de menos de 5 años tiene retraso del crecimiento a consecuencia de una mala alimentación y de infecciones a repetición. Incluso en entornos con escasos recursos la mejora de las prácticas de alimentación puede mejorar la ingesta de calorías y nutrientes, y por consiguiente el estado nutricional. La nutrición inapropiada puede, también, provocar obesidad en la niñez, la cual es un problema que se va incrementando en muchos países.⁵

En los últimos decenios ha habido un acopio incesante de datos sobre los requisitos de una nutrición apropiada, las prácticas alimentarias recomendables y los factores que impiden una alimentación adecuada. Además, se han adquirido amplios conocimientos sobre las intervenciones que son eficaces para fomentar una mejora de la alimentación, por ejemplo; estudios realizados recientemente en Bangladesh, Brasil y México han demostrado el impacto del asesoramiento, tanto en la comunidad como en los servicios de salud, para mejorar las prácticas alimentarias, la ingesta de alimentos y el crecimiento.

Las recomendaciones de la OMS y UNICEF para una alimentación infantil óptima establecidas en la Estrategia Mundial son:

- Lactancia Materna Exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.
- Iniciar la Alimentación Complementaria, adecuada y segura a partir de los 6 meses de edad manteniendo la Lactancia Materna hasta los 2 años de edad o más.

Lactancia Materna Exclusiva significa que el lactante recibe solamente leche del pecho de su madre o de una nodriza, o recibe leche materna extraída del pecho y no recibe ningún tipo de líquidos o sólidos, ni siquiera agua, con la excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas o minerales o medicamentos.

Alimentación complementaria es definida como el proceso que se inicia cuando la leche materna no es suficiente para cubrir los requerimientos nutricionales del lactante, por lo tanto son necesarios otros alimentos y líquidos, además de la leche materna. El rango de edad para la alimentación complementaria, generalmente es considerado desde los 6 a los 23 meses de edad, aún, cuando la lactancia materna debería continuar más allá de los dos años. ¹¹

Nutrición y Crecimiento:

La Nutrición y el Crecimiento son dos procesos íntimamente relacionados. La Nutrición actúa sobre el crecimiento a través de dos mecanismos: de forma directa, mediante el aporte de energía y de moléculas estructurales, y de forma indirecta utilizando el sistema endocrino. Aunque todas las hormonas regulan el crecimiento, las más directamente implicadas son las insulinas y el eje hormona del crecimiento.

El Lactante sano es capaz de una succión efectiva, con reflejo del cierre anatómico de la glotis. Sin embargo la deglución de sólidos es impedida por movimientos de extrusión de la lengua hasta el cuarto o quinto mes de vida, los movimientos masticatorios reflejos aparecen entre el séptimo y noveno mes de vida, aunque no tengan dientes; el tono del esfínter esofágico inferior aumenta progresivamente en los primeros 6 meses, aunque su completa madurez se alcanza a los 3 años. Las pautas de vacío gástrico pueden verse influidas por el contenido proteico y graso de alimentos. Es así como la leche materna se vacía en dos fases, una primera rápida y otra lenta. La leche de fórmula lo hace más lentamente y de forma lineal, alcanzando el ritmo de vacío gástrico normal a los 9 meses de edad. La secreción de sales biliares es insuficiente hasta el primer mes de vida, y la concentración micelar crítica es menor. Al nacimiento morfológicamente el intestino está maduro, pero bioquímicamente la lactasa y maltasa son un tercio de los valores del adulto; los riñones maduran morfológica y funcionalmente durante el primer año de vida.³

El proceso de maduración del sistema nervioso central también va marcando los distintos períodos de la alimentación del niño. La maduración del sistema neuromuscular hasta los 4 meses permite deglutir líquidos; de los 4 a los 6 meses deglutirá semisólidos y posteriormente adquirirá la masticación.

A partir del año de edad la erupción dentaria continúa y con ella aumenta progresivamente la madurez de las funciones bucales. Aparecen los primeros molares, con lo cual el niño está en condiciones de comer una alimentación de mayor consistencia. Solamente cuando el niño tiene todos los molares (mayores de 2 años) está en condiciones de masticar adecuadamente alimentos enteros, blandos

Lactancia materna conocimientos:

La lactancia materna brinda beneficios a corto y a largo plazo, tanto al niño como a la madre, incluyendo la protección del niño frente a una variedad de problemas agudos y crónicos. La importancia de las desventajas a largo plazo de no recibir Lactancia Materna es cada vez más reconocida.

Las revisiones de estudios realizados en países en desarrollo muestran que los niños que no reciben Lactancia Materna tienen una probabilidad de 6 a 10 veces más de morir durante los primeros meses de vida, en comparación con los niños que son alimentados con leche materna. Muchas de estas muertes son causadas por la diarrea y la neumonía, que son más frecuentes y tienen mayor gravedad, entre los niños que son alimentados de manera artificial (con leche artificial comercial). Las enfermedades diarreicas se presentan con mayor frecuencia entre los niños que reciben alimentación artificial, incluso en situaciones donde existe una higiene adecuada, como ocurre en Bielorrusia y en Escocia. Otras infecciones agudas, como son la otitis media, la meningitis por *Haemophilus influenzae* y las infecciones del tracto urinario, son menos comunes y menos graves entre los niños alimentados con lactancia materna.¹²

Las ventajas de la Lactancia Materna Exclusiva, comparada con la Lactancia Materna parcial, se reconocen desde el año 1984. Una revisión de estudios disponibles encontró que el riesgo de muerte por diarrea entre lactantes de menos de 6 meses de edad, alimentados con Lactancia Materna parcial, fue 8.6% veces mayor, en comparación con niños alimentados con Lactancia Materna Exclusiva. Para aquellos que no recibieron Lactancia Materna, el riesgo fue 25 veces mayor. La Lactancia Materna exclusiva reduce el riesgo de diarrea y de infecciones respiratorias agudas si su duración es de 6 meses de vida, en comparación con una duración de tres o cuatro meses respectivamente.

A largo plazo, los niños alimentados de manera artificial tienen un mayor riesgo de padecer enfermedades que tienen una base inmunológica, como ser el asma y otras condiciones atópicas diabetes tipo 1; enfermedad celíaca; colitis ulcerativa y enfermedad

de Crohn. La alimentación artificial también ha sido asociada con un mayor riesgo para desarrollar leucemia durante la niñez.

Varios estudios sugieren que la obesidad, durante la niñez tardía y la adolescencia, es menos frecuente entre los niños amamantados y que existe un efecto dosis-respuesta: a mayor duración de la Lactancia Materna menor riesgo de obesidad. Este efecto puede ser menos claro en poblaciones donde algunos niños son desnutridos. Una creciente cantidad de pruebas vincula a la alimentación artificial con riesgos para la salud cardiovascular, incluyendo incremento de la presión sanguínea; niveles anormales de colesterol en sangre y aterosclerosis durante la edad adulta.¹²

En relación a la inteligencia, un metanálisis de 20 estudios mostró puntajes de la función cognitiva, en promedio, 3.2 puntos más elevados entre los niños que fueron alimentados con lactancia materna, en comparación con niños que fueron alimentados con leche artificial comercial. Esta diferencia fue mayor (alrededor de 5.18 puntos) entre los niños que nacieron con bajo peso al nacer. El incremento de la duración de la lactancia materna ha sido asociado con mayor inteligencia en la niñez tardía y edad adulta; esto puede influenciar la capacidad que tiene el individuo para contribuir a la sociedad.

La Lactancia Materna también tiene beneficios para la madre, tanto a corto como a largo plazo. Se puede reducir el riesgo de hemorragia postparto mediante la Lactancia inmediata después del parto. También existen pruebas crecientes acerca del menor riesgo de cáncer de mama y de ovario entre las madres que dan Lactancia Materna, además sirve como método de planificación familiar siempre y cuando sea exclusiva.

- **Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida**

Si la técnica de la Lactancia Materna es satisfactoria, la Lactancia Materna Exclusiva durante los primeros 6 meses de vida cubre las necesidades de energía y de nutrientes para la gran mayoría de niños. No son necesarios otros alimentos ni líquidos. Varios estudios han demostrado que, si los lactantes sanos reciben Lactancia Materna Exclusiva, no requieren agua adicional durante los primeros 6 meses de vida, incluso en

climas cálidos. La leche materna, que está compuesta por un 88% de agua, es suficiente para satisfacer la sed del lactante. Los líquidos adicionales desplazan la leche materna y no incrementan la ingesta total. Sin embargo, el agua y los tés son administrados frecuentemente a los lactantes, muchas veces desde la primera semana de vida. Esta práctica se ha asociado con una duplicación del riesgo de diarrea para la madre, la lactancia materna exclusiva puede demorar el reinicio de la fertilidad y acelerar la recuperación del peso que tenía antes del embarazo. Las madres que amamantan de manera exclusiva y frecuente tienen menos del 2% de riesgo para volver a embarazarse durante los 6 meses siguientes al parto, siempre y cuando sigan con amenorrea.¹²

Además a nivel familiar existe un ahorro de dinero al no comprar otras leches, integra la familia, promueve el amor y genera cultura.

- **Leche animal y leche artificial comercial para lactantes**

Una de las primeras decisiones que debe de tomar una madre, lo ideal sería antes de que nazca el niño; es si lo amamanta o le dará fórmula artificial. La leche materna está adaptada como ninguna, a las necesidades del niño y por tanto es la más adecuada para él.¹³

La leche animal es muy diferente de la leche humana, tanto en la cantidad como en la calidad de los nutrientes. En el caso de lactantes menores de 6 meses, en situaciones excepcionalmente difíciles, la leche animal puede ser modificada mediante la adición de agua, azúcar y micronutrientes, con la finalidad de que pueda ser utilizada como sustitución a corto plazo de la leche materna. Sin embargo, la leche modificada nunca será equivalente ni tendrá las propiedades anti-infecciosas de la leche humana. Después de los 6 meses, los lactantes pueden recibir leche entera (con toda su grasa) hervida. Generalmente la leche artificial comercial para lactantes es elaborada a partir de leche de vaca o productos de soja industrialmente modificados. Durante el proceso de manufactura, las cantidades de nutrientes son ajustados para hacerlos más comparables a la leche materna. Sin embargo, las diferencias cualitativas en relación a

la grasa y proteínas no pueden ser modificadas, por lo que la ausencia de factores anti-infecciosos y bioactivos se mantiene. La leche artificial comercial en polvo para lactantes no es un producto estéril y puede ser insegura. Se han descrito infecciones peligrosas para la vida de los recién nacidos, debido a contaminación con bacterias patógenas como el *Enterobacter sakazakii*, encontrado en la leche artificial comercial en polvo. La leche artificial comercial con soja contiene *fito-estrógenos*, que tienen una actividad similar a la hormona humana *estrógeno*, la cual tiene la potencialidad de reducir la fertilidad en niños y provocar pubertad precoz en niñas.¹²

- **Actitud Ante la Lactancia Materna**

El comité de Nutrición de la Academia Americana de Pediatría recomienda no alimentar al lactante con leche de vaca entera hasta el año de edad, para evitar los estados de ferropenia, la deshidratación debida a una carga renal excesiva de solutos y aun mayor riesgo de cargas alimentaria.

Se estima que el logro de la cobertura universal de una Lactancia Materna óptima podría evitar 13% de las muertes que ocurren en niños menores de 5 años, mientras que las prácticas apropiadas de alimentación complementaria podrían significar un beneficio adicional de 6% en la reducción de la mortalidad de los menores de 5 años de edad.

Los beneficios de la LME, tanto para el recién nacido como para la madre, han sido evidenciados en múltiples estudios; sin embargo, esta información no ha contribuido al incremento del número de mujeres que ofrecen esta forma de alimentación de manera exclusiva a sus bebés por 6 meses.³

Este problema es más evidente al hablar de madres adolescentes, quienes son susceptibles a la influencia social, a su nivel de conocimientos y a la calidad de la atención de los servicios de salud, que resultan determinantes en la decisión de dar, o no, leche materna a sus hijos. En el estudio realizado por Motil, Kerts y Thotathuchery se reporta que no existen diferencias en la producción de leche entre madres adultas y adolescentes, pero los comportamientos en relación a la lactancia difieren

significativamente, donde las últimas presentan una menor frecuencia de amamantamiento durante el día y una tendencia a la introducción temprana de fórmula láctea.

La especie humana tiene la fortuna de contar con la capacidad de producir leche para alimentar a sus hijos. Por ello todas las madres pueden amamantar siempre y cuando dispongan de información exacta y apoyo dentro de su grupo familiar y social. Sin embargo actualmente la lactancia humana está fuertemente influenciada por múltiples factores, tal como lo evidencian algunos estudios, entre los cuales se cuentan el estrato socioeconómico, el nivel de educación, la salud materna, la cultura, etc. La cultura del biberón ha sido sinónimo de modernidad, y es considerada uno de los factores determinantes del abandono de la Lactancia Materna junto con las prácticas hospitalarias erróneas, la desinformación del personal de salud, la insuficiente educación prenatal, la publicidad masiva en favor de las fórmulas lácteas y el miedo de la madre a no tener suficiente leche para el bebé.¹¹

El uso de chupetes, biberones o pajas, además de aumentar el riesgo de contagio de enfermedades infecciosas, puede provocar dificultades para el amamantamiento, dado que la mecánica de la succión de estos es muy diferente a la que resulta funcional para mamar y el niño tiende a abandonar el pecho; además de que la falta de succión al seno de la madre le disminuirá la producción de leche.⁵

- **Prácticas maternas**

Además, la LME no es un comportamiento totalmente instintivo; existe un importante componente cultural transmitido de generación en generación, que pierde relevancia con el paso de los años, al igual que la cultura del amamantamiento, cediendo el paso a una continua promoción a la alimentación con biberón y el uso de fórmulas infantiles, lo que impacta esta práctica.

Por otro lado, solo los programas educativos individuales y por pares orientados a promover la lactancia materna durante el embarazo y el posparto, han mostrado buena evidencia de que son los de mayor efectividad.⁵

Para mejorar esta situación, las madres y las familias requieren de apoyo para iniciar y mantener prácticas apropiadas de alimentación del lactante y del niño pequeño. Los profesionales de la salud pueden desempeñar un rol crítico para brindar dicho apoyo, influenciando las decisiones relacionadas con las prácticas alimentarias de las madres y las familias. Por lo tanto, resulta crítico que los profesionales de salud tengan conocimientos y habilidades básicas para ofrecer una apropiada orientación y consejería; que ayuden a resolver problemas de alimentación y que conozcan cuándo y dónde deben referir a la madre que experimenta problemas de alimentación de mayor complejidad.

En general, la salud del niño y particularmente la alimentación del lactante y del niño pequeño con frecuencia no reciben un enfoque apropiado durante la formación de médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud. Debido a la carencia o debilidad de conocimientos y habilidades adecuadas, con frecuencia los profesionales de salud se convierten en barreras que impiden la mejora de las prácticas de alimentación. Por ejemplo, pueden desconocer cómo ayudar a una madre a iniciar y mantener la Lactancia Materna Exclusiva e incluso pueden recomendar el inicio muytemprano de otros alimentos cuando existen problemas de alimentación, pudiendo, de manera abierta o encubierta, promover el empleo de sucedáneos de la leche materna.⁵

Conocimientos de Alimentación complementaria en los menores de dos años.

La leche humana es el único alimento que contiene el agua y todos los nutrientesnecesarios en suficiente cantidad, de forma balanceada y equilibrada y con una calidadincomparable para satisfacer los requerimientos nutricionales de los bebés de 0 a 6 meses.Ningún otro alimento es completo y a partir de los 6 meses se debe iniciar el proceso deincorporación de alimentos y responder al aumento de demanda de nutrientes que la lechematerna no puede proveer.¹³

Este proceso de complementación de la leche materna va paralelo aldestete, se iniciaría a los seis meses de edad y culminaría a los dos años. En el período dedestete, la leche materna (que contiene diferentes enzimas) ayuda a digerir los otros

alimentos. A los 6 meses la leche materna representa alrededor de un 70 por ciento de la alimentación del bebé, mientras a los dos años su peso se reduce a un 30 por ciento y va dejando lugar a mayor cantidad y variedad de alimentos de origen animal, vegetales y cereales.

- **Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado**

1. Practicar la Lactancia Materna Exclusiva desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad, introducir los alimentos complementarios a partir de los 6 meses de edad (180 días) y continuar con la Lactancia Materna.

2. Continuar con la lactancia materna frecuente y a demanda hasta los 2 años de edad o más.

3. Practicar la alimentación perceptiva, aplicando los principios de cuidado psico-social.

- Alimentar a los lactantes directamente y asistir a los niños mayores cuando comen por sí solos, respondiendo a sus signos de hambre y satisfacción.
- Alimentar despacio y pacientemente y animar a los niños a comer, pero sin forzarlos
- Si los niños rechazan varios alimentos, experimentar con diversas combinaciones, sabores, texturas y métodos para animarlos a comer
- Minimizar las distracciones durante las horas de comida si el niño pierde interés rápidamente
- Recordar que los momentos de comer son periodos de aprendizaje y amor – hablar con los niños y mantener el contacto visual.

4. Ejercer buenas prácticas de higiene y manejo de los alimentos.

5. Comenzar a los seis meses de edad con cantidades pequeñas de alimentos y aumentar la cantidad conforme crece el niño, mientras se mantiene la lactancia materna.

6. Aumentar la consistencia y la variedad de los alimentos gradualmente conforme crece el niño, adaptándose a los requisitos y habilidades de los niños.
7. Aumentar el número de veces que el niño consume los alimentos complementarios, conforme va creciendo.
8. Dar una variedad de alimentos ricos en nutrientes para asegurarse de cubrir las necesidades nutricionales.
9. Utilizar alimentos complementarios fortificados o suplementos de vitaminas y minerales para los lactantes de acuerdo a sus necesidades.
10. Aumentar la ingesta de líquidos durante las enfermedades incluyendo leche materna (lactancia más frecuente), y alentar al niño a comer alimentos suaves, variados, apetecedores y que sean sus favoritos. Después de la enfermedad, dar alimentos con mayor frecuencia de lo normal y alentar al niño a que coma más.¹²

El Ministerio de Salud de Nicaragua, recomienda que los niños tomen, además de la leche materna, al menos un alimento de los siguientes grupos, en cada tiempo de comida:

- Alimentos básicos: arroz, maíz, avena, cebada, papa, plátano, yuca, pan, quequisque, fruta de pan, tortilla, malanga, pastas alimenticias, galletas.
- Alimentos formadores: gallo pinto, queso, huevo, carne de res, pescado, pollo, vísceras, garrobo, soya, frijoles (rojos, gandul), semilla de jícara, leche, semilla de marañón.
- Alimentos protectores: *Frutas*: papaya, melón, sandía, naranja, limón, marañón, pejibaye, etc.

Verduras: ayote, zanahoria, pipián, tomate, repollo, apio, pepino, chayote, chiltoma, hojas verdes.

- Alimentos de energía concentrada: mantequilla, margarina, crema, manteca, aceite, azúcar, aguacate, maní, coco, cacao, dulce de rapadura, postres.¹⁴

Los niños de 6 a 35 meses deben recibir de todos los grupos de alimentos sólidos y semisólidos. El reducido tamaño del estómago de los niños los obliga a comer más a menudo, alimentos de buena calidad, por lo cual se recomienda que se les vaya incrementando el número de veces que ingieren alimentos por día, de la siguiente manera:

- De los 6 a los 8 meses, ya está listo para comenzar la transición a la dieta sólida. Se debe comenzar la dieta sólida con cereales de arroz de manera rutinaria, y continuar con el pecho materno. Los alimentos deben ser de consistencia espesa y semisólida 2 a 4 veces. A partir de esta edad se puede introducir un alimento frito al día.
- De 9 a 11 meses, continuar con la leche materna antes de las comidas y se les dé alimentos semisólidos al inicio y al final del período, picado o desmenuzado o cortado en trozos, de 4 a 6 veces. El lactante puede comer yema de huevo.
- De 12 a 23 meses, continuar con la leche materna, después de comer y cada vez que el niño lo solicite. Ofrecer todos los alimentos que la familia consume, al inicio picado o desmenuzado, o cortado en trozos y al final del período, igual al del adulto distribuido en 3 comidas y en 2 meriendas.
- De 24 a 59 meses, ofrecer 3 comidas más 2 meriendas, igual que lo que consume un adulto. Ofrecer un alimento fuente de vitamina A, C, y otro de hierro.

Los niños que no lactan, como no consumen leche materna, no tienen todos los nutrientes necesarios y necesitan complementar su lactancia con otros alimentos más pronto que los niños que lactan. Por ejemplo; ingerir leche de fórmula o algún otro tipo de leche y cualquier otro alimento rico en calcio para la formación de los huesos.

- **Alimentación y consumo de micronutrientes.**

Las vitaminas y los minerales constituyen los llamados micronutrientes. Estos se necesitan en cantidades pequeñísimas en la dieta y su rol principal, es ayudar a la absorción de los macronutrientes. Un niño cuya dieta carece de las cantidades recomendadas de vitaminas y minerales esenciales puede desarrollar deficiencias de esos micronutrientes. La población se encuentra más vulnerable cuando ha sufrido infecciones o parasitosis, formando un círculo vicioso de desnutrición-enfermedad.

El actual marco legal en salud del país contempla la fortificación en cuatro micronutrientes que producen los déficit nutricionales de mayor trascendencia en los grupos vulnerables de la población nicaragüense: el yodo en la sal, el hierro y el ácido fólico en la harina y la vitamina A en el azúcar.

El papel fundamental del yodo proviene que es un componente esencial de las hormonas de la tiroides y éstas son fundamentales para el desarrollo y el crecimiento del ser humano y muchos animales. Existe una escasez de yodo en algunas zonas geográficas. El yodo es uno de los pocos micronutrientes que es escaso en la dieta de países como Nicaragua y se tiene que recurrir a la fortificación de los alimentos para ingerirlos.

El retinol y los carotenos son las dos formas de presentación de la vitamina A. El retinol o vitamina A activa se presenta en las grasas de los peces e hígado de algunos animales y en menores cantidades en la mantequilla, leche y en la yema de huevo. El retinol es esencial para el crecimiento óseo, conservación del tejido epitelial y la capacidad visual. Los carotenos se obtienen de los vegetales y frutas amarillos y se absorben aproximadamente en un 50 por ciento de lo consumido, en presencia de grasas en el intestino (las parasitosis pueden afectar su absorción).¹⁴

El hierro es uno de los elementos más abundantes en la tierra y se encuentra presente en casi todos los alimentos, pero con diferente grado de concentración. Es un componente esencial de la hemoglobina, junto con el ácido fólico y la vitamina B12, cuya función es esencial en la oxigenación del organismo. Se presenta bajo dos formas

esencialmente: una que se absorbe fácilmente y otra que necesita la presencia de otros nutrientes para facilitar la absorción como las proteínas y la vitamina C. El hierro fácil de absorber se encuentra en altas concentraciones en la yema del huevo, la leche, las carnes, vísceras y los vegetales (incluyendo leguminosas), las hojas. La lactancia materna protege de la carencia de hierro a los bebés lactantes.

Entre los grupos que pueden tener grandes demandas en hierro se tienen a los bebés prematuros, los bebés que no lactaron, los adolescentes, las mujeres embarazadas y quienes están amamantando. La deficiencia de hierro, puede llevar a una anemia nutricional. La anemia durante el embarazo puede tener como consecuencia bebés prematuros y hemorragias después del parto.

El ácido fólico se necesita para la síntesis de células nuevas, del ADN, de los glóbulos rojos y de los tejidos del feto durante el embarazo. Durante la lactancia y el embarazo se aumentan los requerimientos de ácido fólico. El ácido fólico se encuentra en las hojas verdes (de ahí proviene su nombre) de las verduras, las espinacas, el brócoli, etc. Las frutas y vegetales frescos son la mejor fuente porque el calor lo destruye. La deficiencia de los folatos (o ácido fólico) es más frecuente durante el embarazo o cuando hay una inadecuada ingesta de los alimentos que lo contienen y puede producir anemia.

- **Actitudes Maternas en alimentación complementaria**

La edad y la instrucción de la madre influyen de manera inversa en el consumo de las vitaminas, sea cual sea su fórmula, alimentos y suplementos, ya que si un niño recibe una buena estimulación y una dieta variada, aprenderá alimentarse adecuadamente. Generalmente, el apetito del niño sirve como guía para estimar la cantidad de alimentos que puede ser ofrecida. Sin embargo, la enfermedad y la desnutrición reducen el apetito, de manera que un niño enfermo podría consumir menos alimentos de los que necesita. Un niño que se encuentra en recuperación de una enfermedad puede requerir un apoyo adicional con la alimentación, para asegurar una ingesta adecuada.¹²

Según ENDESA 2001, el consumo de vitamina A está influenciado por factores como el nivel de educación, se encontró que aquellas madres con nivel de educación más alto, sus hijos tenían mayor consumo de este micronutriente, además de aquellos niños que son procedente del área urbana, en comparación a aquellos que viven en zonas rurales.

ZincSe recomienda la suplementación con zinc como parte del tratamiento de la diarrea. Se debe administrar zinc(20 mg/día) durante 10–14 días, a todos los niños con diarrea. En el caso de lactantes menores de 6 meses de edad, la dosis del zinc debe ser de 10 mg/día.

- **Prácticas de alimentación del Lactante**

La consistencia más apropiada de la comida del lactante niño pequeño, depende de la edad y del desarrollo neuromuscular. Al inicio de los 6 meses, el lactante puede comer alimentos sólidos o semisólidos, en forma de puré o aplastados. A la edad de 8 meses, la mayoría de los lactantes también pueden comer algunos alimentos que son levantados con los dedos. A los 12 meses, la mayoría de los niños pueden comer los mismos alimentos consumidos por el resto de la familia. Sin embargo, los alimentos deben ser ricos en nutrientes.

Si el niño recibe muy pocas comidas, no recibirá la cantidad suficiente de alimentos para cubrir sus necesidades energéticas. Si el niño come demasiadas comidas, él o ella lactarán menos o incluso podría dejar de lactar del todo.

Es importante tener en cuenta el apoyo continuo para la alimentación del lactante y del niño pequeño el cual se debe brindar durante **el Componente de Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño**. El objetivo de este Componente es promover un óptimo crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años, con la activa participación de la familia, las instituciones comunales, organizaciones y el sector salud en conjunto. Dentro de sus objetivos esta: ¹⁵

- 1- Promover y apoyar la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida.
- 2- Promover y apoyar la lactancia materna prolongada hasta los 2 años.
- 3- Promover y apoyar el inicio de la alimentación complementaria a partir de los seis meses.
- 4- Promover y fomentar adecuadas prácticas de alimentación, en especial el uso de mezclas balanceadas a partir de la olla familiar y el aumento de frecuencia de administración de alimentos.
- 5- Detectar los riesgos de desnutrición a las deficiencias nutricionales ya establecidas en el niño menor de 5 años para su oportuna intervención.
- 6- Apoyar en las acciones de intervención en los niños con deficiencia nutricional.
- 7- Intervenir en la recuperación y rehabilitación nutricional en niños menores de 5 años con riesgo o deficiencia nutricional.

Todo esto permitirá lograr realizar intervenciones apropiadas en el estado nutricional del lactante.

VIII. Diseño Metodológico

Se realizó un estudio Descriptivo Transversal, de tipo mixto cualitativo y cuantitativo.

Se llevó a cabo en el Hospital Alemán Nicaragüense; durante el período de octubre 2014 a enero 2015, en el servicio de Pediatría de este hospital.

El universo estuvo compuesto las madres de todos los lactantes y niños pequeños que ingresaron al servicio de pediatría durante este período. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia; el cual fue de 100 madres.

La fuente de información es primaria mediante la aplicación de encuesta.

Criterios de inclusión:

Solo se encuestaron a madres de niños menores de 2 años de edad.

Madres cuyos niños estuvieron ingresados en el servicio de pediatría en el período mencionado.

Madres que desearon participar en el estudio.

Criterios de exclusión.

Madres con alguna discapacidad neurológica que les impida comprender y llenar la encuesta.

Instrumento de recolección de datos

La elaboración del diseño de cuestionario contemplo los siguientes pasos.

Paso 1: construcción inicial; para esto se realizó una amplia revisión de la literatura en relación a Conocimientos, Actitudes y Prácticas maternas de alimentación en el lactante y niño pequeño.

Por otro lado se tomó como ejemplo cuestionarios previamente revisados sobre este tema y además la encuesta realizada por ENDESA 2011-2012 con base a esto se

seleccionó el contenido y se construyeron las preguntas que formaron parte del cuestionario, el cual estuvo compuesto por preguntas cerradas.

Paso 2: validación del contenido: se validó con diez de las madres de los Lactantes pequeños que estaban ingresados en pediatría durante este período. Una vez que logré comprobar que entendían bien las preguntas procedí aplicar a todas las otras madres; además decidí incluir a las madres que ayudaron a validar la encuesta.

Paso 3: procedimos a recolectar toda la información a través de la técnica de entrevista personal a las madres que cumplieron los criterios de inclusión establecidos.

Análisis de los Datos

La información se elaboró en el programa Epi-Info: se calculó frecuencias y porcentajes para cada una de las variables.

Para valorar los conocimientos, se dio un punto a cada pregunta contestadas adecuadamente, luego sumé el total de preguntas y estas se dividieron entre el total de conocimientos de todas las madres. Posteriormente con este valor calculé un porcentaje y apliqué una escala de valores con amplitud de dos rangos:

Bueno: si responde adecuadamente más del 50% de las preguntas realizadas.

Malo: si responde inadecuadamente más del 50% de las preguntas realizadas.

Para valorar las actitudes utilizamos la escala de likert, con lo cual en base al grado de acuerdo o desacuerdo se asignó un puntaje a cada pregunta y luego sumé para obtener un total y poder aplicar una escala de valores con amplitud de dos rangos:

Actitud adecuada: si más del 50% de las madres responden estar de acuerdo en las preguntas; 3,4,6,7,8,10, 11, y 12, y desacuerdo en 1,2,5, y 9.

Actitud inadecuada: si más del 50% de los pacientes responden de forma inadecuada a más del 50% de los ítems.

Para valorar las prácticas utilizamos la escala de valores con amplitud de dos rangos:

- Adecuadas: si más del 50% de los pacientes respondieron sí en las preguntas 1, 2, 5, 7, y 9; y no en las preguntas; 3, 4, 6, 8, y 10.
- Inadecuada: si más del 50% de los pacientes respondieron inadecuadamente en más del 50% de los ítems.

Plan de análisis:

- Frecuencias y porcentajes para cada una de las variables.
- Características sociodemográficas de los entrevistados
- Conocimientos sobre Lactancia Materna y alimentación complementaria.
- Actitudes maternas en Lactancia materna y alimentación.
- Prácticas maternas de lactancia materna y alimentación.
- Relación entre el nivel de conocimiento y actitudes sobre alimentación del lactante.
- Relación entre el nivel de conocimiento y prácticas maternas.
- Relación entre el nivel de prácticas y actitudes sobre alimentación del lactante.

Variables de Estudio

Las variables de estudio se determinaron con el objeto de realizar una propuesta de intervención, para promover una alimentación adecuada en el lactante y niño pequeño.

Estas variables son:

Variables independientes: edad, escolaridad, ocupación, procedencia, estado civil, N° de hijos, conocimientos de alimentación, actitudes de alimentación, conocimientos de lactancia.

Variables dependientes: Lactancia Materna Exclusiva, Alimentación Complementaria, Prácticas de alimentación.

Operacionalización de variables

Objetivo	Variables	Definición	Indicador	Escala
Situación sociodemográfica	Edad	Número de años transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de llenar la encuesta.	Edad en años	15 -20 20- 24 25- 29 30- 34 35 a más
	Procedencia	Lugar de habitación actualmente	Urbano. Rural	
	Ocupación	Actividad a la que el individuo se dedica.		Ama de casa Estudiante. Domestica Administradora. Comerciante
	Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.		Casada. Unión estable Soltera. Viuda
	Escolaridad	Nivel académico alcanzado hasta el momento de llenar la encuesta.		Analfabeta. Primaria. Secundaria. Universitaria.
	Número de Hijos	Promedio esperado de hijo que debería de tener una mujer hasta el momento de la encuesta.		Uno. Dos. Tres. Cuatro Cinco a más.
	Ingreso Familiar	Total de ingreso Bruto de todos los integrantes de la familia, deduciendo el impuesto sobre		Menos de un salario mínimo. Un salario mínimo. Uno y medio salario mínimo.

la renta	Dos salarios mínimos.
----------	-----------------------

Objetivo	Variable	Definición	Indicador	Escala
Conocimientos	Conocimientos sobre lactancia materna.	Información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje sobre lactancia materna.	1-Lactancia materna exclusiva; como se define. 2-Beneficios de la lactancia materna. 3-Métodos de conservación de la leche materna. 4-Cada cuanto debe dar el pecho al bebé. 5-Duración de la lactancia materna.	Si No
	Conocimientos sobre alimentación complementaria	Información almacenada mediante la experiencia y el aprendizaje sobre alimentación complementaria	1- Edad de inicio de ablactación. 2 -con que alimento inicia ablactación. 3- alimentos aportan mayor cantidad de hierro.	Al mes. A los 3 meses A los 6 meses. A los 8 meses. Sopas Cereales. Frutas. Carnes. Sopa de frijoles. Pollo Carnes rojas.

Variable

Definición

Indicador

Escala

Objetivo

Actitudes	Actitud materna ante la alimentación del lactante	Comportamiento o actuar materno para alimentar al lactante	Lactancia materna es algo que solo involucra a la mujer. En los CPN se debe brindar información de lactancia. Al año de vida un niño puede comer de todo. ETC	De acuerdo. En desacuerdo. Duda
Objetivo	Variables	Definición	Indicador	Escala
Prácticas	Prácticas sobre alimentación del lactante	Acción desarrollada en base a los conocimientos maternos de alimentación	Experiencia familiar y personal. Realización de apego precoz. Orientación médica sobre alimentación.	Si. No.

IX. Resultados

En el presente estudio de Conocimientos, Actitudes y Prácticas, del Lactante y niños pequeños hospitalizados en el servicio de pediatría del Hospital Alemán Nicaragüense, de Octubre del 2014 a Enero del 2015, encontré que el 30% de las madres tenían entre 20 y 24 años; seguidas del grupo etario de 25 a 29 con un 26%; 24% entre 15 y 19; con un 11% entre 30 y 34; y 9% con más de 35 años.

Identificamos que el 71% proceden del área urbana, y un 29% procedía del área rural. En lo que se refiere a la ocupación el 29.8% eran amas de casa; el 8.1% administradoras; el 7.1% comerciante; y el 4% estudiante.

Con respecto al Estado Civil el 50% estaban acompañadas; el 27% eran solteras; y un 23% casadas.

La encuesta reflejó con respecto a la escolaridad que el 59% tenían un grado de nivel secundaria aprobado; el 20% primaria; un 18% habían ingresado a la educación superior; y un 3% analfabetas.

Encontramos que la mayoría de las madres tienen un hijo 35%, otras dos 30%; un 18% tienen 3, un 6% 4 y un 11% mas de 5 hijos.

En cuanto al ingreso familiar el 46.5% alcanzó un salario mínimo; seguido de un 38.4% que gana menos de un salario básico; solo un 8.1% alcanzó los dos salarios mínimos; y un 7.1% uno y medio salario mínimo.

Al relacionar la edad con el número de hijos, encontré que de las 35 madres que tuvieron un hijo, el 54.2% estaban entre la edad de 15 a 19 años; seguida con un 28.5% por las de 20 a 24 años; el menor porcentaje en esta edad lo ocuparon entre 30 y 34 años con un 2.8%. De las 30 madres que tuvieron dos hijos, el 46.6% estaba entre la edad de 20 a 24 años; seguido por las de 25 a 29 años con un 23.3%; las de 15 a 19 años fueron quienes tuvieron menos con un 13.3%; de las 18 madres que tuvieron tres hijos, el 38.8% fueron de 25 a 29 años; continuada con un 33.3% de 20 a 24 años; y un 5.5% las madres entre las edades de 15 a 19 años. De las 11 madres con más de 5

hijos, el 45.5% eran entre 25 y 29 años, con igual valor aquellas madres con más de 35 años; y un 9% entre 30 y 34 años.

Al calcular la relación escolaridad con el número de hijos, identificamos que de las 59 madres que tenían algún grado de secundaria aprobado, el 35.5% tenían un hijo; seguido de un 30.5% que tenían 2; un 6.7% de estas madres tuvieron más de 4 hijos.

Al evaluar la relación escolaridad-número de hijos, encontramos que las madres entre primaria y secundaria son las que mayor cantidad de hijos tienen con un 67%.

El 75% de las madres procedentes del área urbana tenía más de 2 hijos, en contraste con un 24.6% del área rural. De las madres que solo tenían un hijo, el 62.8% eran del área urbano, y un 37.1% del área rural.

Identificamos que los conocimientos maternos sobre alimentación del Lactante y niño pequeño no son adecuados. Esto se logra evidenciar en las preguntas 3, 5, 9, porque fueron las preguntas que en su mayoría no respondieron bien.

Cuando les preguntamos sobre la definición de Lactancia Materna exclusiva, solo un 81% definió bien este concepto.

Las madres que reconocen todos los beneficios que aporta la Lactancia Materna, son un 48.4%; un 39.6% conoce que previene de enfermedades, el 6.6% sabe que es económica, un 3.3% conoce que sirve como método de Planificación Familiar, y un 2.2% que previene el Cáncer de mama. El 76% no conoce ningún método de conservación de la Leche Materna.

En lo que concierne a la frecuencia con que se debe dar el pecho materno al niño, solo el 27% conoce que se da a libre demanda. Un 28.7% sabe que la Lactancia Materna se debe mantener hasta los 2 años, y un 69% conoce que la edad de inicio de la alimentación complementaria es a los 6 meses.

Al analizar si la alimentación del niño desnutrido es igual a la del niño con un peso adecuado, el 21% afirma que no. A penas un 31% de las madres conoce el alimento con el que se debe iniciar alimentación complementaria.

Un 4% reconoce los alimentos que contienen hierro. El 56% reconoce adecuadamente aquellos alimentos que aportan vitamina “A”.

Al evaluar la relación procedencia y todos los beneficios que aporta la leche materna, encontré que el 72.7% de las madres procedentes del área urbana definen mejor los beneficios de la Lactancia Materna; en contraposición al 27% de las madres del área rural.

En relación escolaridad e inicio de alimentación complementaria se determinó que el 67.6% de las madres de secundaria acertó adecuadamente que esta se debe de iniciar a los 6 meses, seguida de las madres universitarias con un 22.3%, y un 14.9% en las madres de primaria. Las madres de primaria y secundaria inician a los 3 meses, reflejando que se hace tempranamente con un 33.3%.

La relación procedencia, tipos de alimentos para inicio de alimentación complementaria reportó que las madres del área urbana son las que mejor identifican que las frutas y cereales son los alimentos adecuados para iniciar alimentación complementaria.

Referente a las actitudes encontré los siguientes resultados: el 69% tienen una actitud adecuada; el 31% inadecuada:

- el 20% refiere estar en desacuerdo que la Lactancia Materna es algo que tiene que ver solo con la mujer,
- el 50% está en desacuerdo que la Lactancia Materna afloja los bustos,
- el 92% está de acuerdo en que se debe de dar solo pecho materno los primeros 6 meses y complementarlo hasta los dos años,
- el 87% está de acuerdo en que el hierro que contiene la leche materna se absorbe mejor que el que contiene otros alimentos,
- el 33% está en desacuerdo en que si uno trabaja es difícil dar el pecho materno,
- el 92% está de acuerdo en que durante los controles prenatales le deberían informar sobre Lactancia,
- el 25% está de acuerdo en que a partir de los 6 meses puede introducir un alimento frito,

- el 89% está de acuerdo en que el uso de biberones incrementa el riesgo de infecciones,
- el 89% está en desacuerdo en que las fórmulas infantiles tienen igual componente que la leche materna,
- el 83% está de acuerdo que el niño debe comer de todo,
- el 83% está de acuerdo que a partir del año el bebé debe recibir dos meriendas nutritivas o cereales,
- el 86% está de acuerdo en darle el pecho al bebé sin importar el lugar donde esté.

Con respecto a las prácticas:

- El 56.6% realizó prácticas adecuadas, un 43.3% fueron inadecuadas.
- El 60% de las mujeres tiene el antecedente familiar de dar Lactancia Materna; el 40% no lo da.
- El 59.3% refiere que a su hijo anterior le dio pecho materno, un 40.7% afirma que no.
- El 23.9% asegura que suspendió la Lactancia Materna porque no producía leche.
- El 57% comparte que inició fórmulas desde el nacimiento porque no llena el bebé.
- El 80% refiere que durante su bebé se enfermó le daban más pecho que otro alimento.
- El 67% le inicio agua antes del mes porque consideraron que su bebé tenía sed.
- Un 59% refieren que realizaron apego precoz en la primera hora de vida.
- El 32% le ha dado todo tipo de alimento al bebé antes del año.
- El 54% asegura que durante los controles prenatales y la consulta pediátrica le orientan sobre el tipo de alimento que debe dar al bebé.
- EL 64% ha dado leche de tarro u otra leche en algún momento de su vida al bebé.

X. Discusión

En relación a las características socioeconómicas y demográficas en el presente estudio, encontramos según las encuestas realizadas, que las madres de los lactantes, y niño pequeños que se hospitalizaron en el servicio de pediatría del Hospital Alemán Nicaragüense, de Octubre de 2014 a Enero de 2015, la mayoría tenía entre 20 a 24 años, eran procedentes del área urbana (Managua), lo que puede deberse a que la encuesta se realizó en un hospital capitalino donde mayoritariamente su población son de la misma ciudad, y en menor proporción procedente de los municipios aledaños.

La gran mayoría eran amas de casa, acompañadas, con estudios de secundaria, quienes procrearon de 1 a 2 hijos, con un ingreso económico familiar de un salario mínimo básico.

Teniendo en cuenta que en Nicaragua según el último acuerdo ministerial de salario mínimo, aprobado por el Ministerio del Trabajo, MITRAB, el 17 de marzo del 2014, es aproximadamente 3,669.6 córdobas (16); y que el costo de la canasta básica según un artículo publicado en el Diario La Prensa el 10 de enero del 2015, es de 12,249 córdobas para cubrir el precio de la misma (17), dejando esto en evidencia que estas no pueden ni tienen la posibilidad de mantener una alimentación adecuada en los lactantes.

En los estudios realizados por María Sáenz y Ángela Camacho en el 2007 en un Jardín Infantil de Bogotá, ellas encontraron que el 64% de las familias usuarias de Lactancia Materna tenían menos de dos salarios básicos.

Casi todas las madres han escuchado hablar sobre Lactancia Materna lo cual se ha correlacionado con la literatura, ya que desde 1989 la Organización Mundial de la Salud, OMS, y la UNICEF, han venido promulgando los diez pasos para garantizar una Lactancia Materna exitosa.

Con este mismo objetivo la OMS realiza estudios y lanza por parte de UNICEF-OMS la iniciativa de hospitales amigos de los niños, y firman un acuerdo con la Asociación

Internacional de Industrias de Fórmulas Infantiles para interrupción de donaciones gratuitas.

Un poco más de la mitad de las madres logró definir adecuadamente lo que es la Lactancia Materna exclusiva, sin embargo, esto no se correlaciona con la literatura, ya que a pesar que tienen conocimientos, se ha encontrado que a nivel de América Latina un 38% de los Lactantes son alimentados exclusivamente con leche materna; en Costa Rica 53 de cada 100 Lactantes son alimentados exclusivamente los primeros 6 meses; en El Salvador, el 31.5% recibe Lactancia Materna Exclusiva; seguido de Honduras con un 27.9%; y en Nicaragua esta práctica apenas alcanza un 30%.

Referente a la frecuencia con que se debe de dar el pecho materno constatar que la mayoría refiere que es cada 2 horas, lo cual no es correcto, según la literatura, otras que cada vez que llora, y a libre demanda (26%); esto se correlaciona con el estudio realizado por Baca y Aguilar, Estudios CAP sobre Lactancia Materna de Puérpera entre 15 y 49 años, Hospital Humberto Alvarado, ellas encontraron que el 29% tenía conocimientos correctos sobre Lactancia a libre demanda.

En cuanto a la duración de la Lactancia Materna $\frac{1}{4}$ de pacientes reporta que debe ser por dos años, la mayoría tiende a abandonar esta práctica tempranamente, lo cual está correlacionado con lo que indican la mayoría de los estudios, donde se refiere que entre 20 a 23 meses la mayoría un 61% ya no recibe Lactancia, encontré que a los 10 meses esta práctica tiende a desaparecer, esto tiene que ver mucho con los conocimientos maternos, encontramos que la gran mayoría refiere que la duración de Lactancia Materna debe de ser 6 meses.

Sobre alimentación complementaria la gran mayoría conoce que se debe de iniciar a los 6 meses. En el estudio realizado por María Sáenz y Ángela Camacho, en el 2007, ellas encontraron que el 63% de las madres inició alimentación complementaria a los 6 meses, lo que traduce un conocimiento adecuado; según ENDESA 2011-2012. Entre mayor es la instrucción de las mujeres hay menos tendencia a dar otro alimento antes de amamantar, y también se ha visto que hay mayor tendencia a dar otro alimento a las niñas y a los niños hijos de madres que residen en zonas rurales.

El MINSA al igual que la UNICEF y la OPS recomiendan que los niños tengan Lactancia Exclusiva los primeros 6 meses de vida, y se les comienza a dar alimentación complementaria en el séptimo mes.

Al evaluar si conoce la alimentación de un niño desnutrido, en su gran mayoría lo desconoce, esto se ve reflejado en las encuestas realizada por ENDESA 2011-2012, donde se encontró que el porcentaje de desnutrición crónica es de 4.9%, entre las principales causas de esto mencionan la poca duración de la Lactancia Materna exclusiva, la introducción temprana de alimentos de baja densidad energética, el bajo nivel de ingreso con respecto al costo de la canasta alimentaria de la población ocupada.

Un buen porcentaje de las madres (37%) concluyen que el alimento ideal para iniciar alimentación complementaria es la sopa; resultados similares encontró Jenni Benítez, en el 2008, en el que las madres referían que la sopa era un alimento importante en la dieta del niño, siendo esto no ideal porque los caldos no cumplen los requerimientos nutricionales, además que la pequeña cantidad gástrica del Lactante de 6 meses hace preferible a los alimentos semisólidos los ideales para inicia esta práctica.

Casi en su totalidad las madres (93.9%) concluyen que el alimento que mayor cantidad de hierro aporta es la sopa de frijoles, lo cual no es adecuado ya que si bien es cierto, este se encuentra en casi todos los alimentos, el hierro que más fácil se absorbe está en las carnes, leche y vegetales.

La gran mayoría de madres (56%), si logran reconocer dónde se encuentra la vitamina “A”, estando de acuerdo a lo que refiere la literatura.

- No logramos encontrar ningún estudio que valore la actitud con respecto a si la Lactancia Materna es algo que tiene que ver solo con la mujer, sin embargo, en la literatura menciona que todas las mujeres pueden amamantar siempre y cuando dispongan de información exacta y apoyo dentro de su grupo familiar y social.
- Tanto la literatura como las madres del estudio concluyen que el hierro que mejor se absorbe es el hierro de la leche materna; esto se debe a que si bien es

cierto contiene menos concentraciónde este elemento, su absorción es mayor lo cual protege a los bebés de la carencia de este.

- Aunque la mayoría de las mujeres (67%) coinciden que al trabajar es difícil dar el pecho materno, esta actitud ha venido mejorando desde que se inició apoyar los diez pasos para garantizar una Lactancia Natural exitosa.
- Tanto la literatura como las madres del estudio concuerdan la importancia que tiene la información sobre Lactancia durante los controles prenatales, ya que uno de los factores que influye en esta práctica es la insuficiente educación prenatal,asi como la publicación masiva a favor de las fórmulas lácteas.
- La gran mayoría de las mujeres (75%) desconocen que a partir de los 6 meses se puede introducir un alimento frito en la dieta del bebé; tal como lo recomienda el Ministerio de Salud en nuestro país.
- Con respecto al uso de biberón, las madres y la literatura refiere que además de aumentar el riesgo de contagio de enfermedades infecciosas pueden provocar dificultad para amamantarse.
- En lo que se refiere al hecho si las fórmulas infantiles tienen igual componente que la leche materna, las madres y lo encontrado en las diferentes bibliografías concuerdan en que no es así, ya que por todos es conocido los nutrientes que contiene la leche materna y que se absorbe más fácilmente.
- La mayorías de las madres (83%) están de acuerdo que al año de vida el bebé debe comer de todo, igualmente lo establece el Ministerio de Salud y los diferentes estudios que se han realizado, a partir de esta edad se deben de ofrecer todos los alimentos que la familia consume. Igual concuerdan que a partir del año debe de recibir además de su alimentación dos meriendas nutritivas.
- Aunque no hay estudios que mencioné la importancia de dar el pecho independientemente de dónde esté; esta fue una actitud adecuada en nuestro estudio; puesto que si el pecho materno se da a libre demanda sin importar horario ni lugar esto hará que la producción de leche materna no disminuya.

Tanto en el estudio realizado por Delgadillo y Villagra, en el HAN 1995, ellas encuentran que la principal causa de destete fue la poca producción de leche, el 56% de las madres encuestadas aquejan el hecho de que sus bebés no se llenan, por lo cual inician fórmula.

Por todos es conocido los beneficios que confiere la leche materna en las enfermedades sobre todo si se práctica de manera exclusiva, la mayoría de madres refieren realizar esta práctica únicamente cuando el niño está enfermo.

Una de las problemáticas para dar Lactancia Materna exclusiva fue el inicio de agua porque consideraron que su bebé tenía sed, sin embargo, ningún estudio hace mención de esto como factor determinante de no Lactancia Materna Exclusiva.

Según la encuesta nacional del 2012; 1 de cada 100 niños nacidos recibió Lactancia Materna en la primera hora de vida, igualmente se encontró en las prácticas maternas realizadas por las madres estudiadas.

Aunque las madres en el estudio refieren no haber dado todo tipo de alimento a su bebé antes del año; los estudios realizados tanto nacionales como internacionales reportan lo contrario, por lo general se tiende a realizar introducción de alimentos inadecuados antes de las edades establecidas, esto viene a generar diferentes grados de desnutrición.

XI. Conclusiones

Mediante la investigación realizada encontramos que la mayoría de madres de los Lactantes Pequeños, que ingresaron en el servicio de pediatría, del Hospital Alemán Nicaragüense, se encontraban en edades relativamente jóvenes entre los 15 a 29 años en su gran mayoría, procedentes del área urbana; amas de casas, acompañadas, con algún grado de secundaria aprobado, con uno a dos hijos, con un salario mínimo.

En su mayoría tienen malos conocimientos sobre Lactancia Materna y alimentación complementaria (58%), lo que hace que solo un poco más de la mitad de las madres tengan Practicas adecuadas.

Pese a que conocen muy poco sobre esta temática la mayoría tiene actitudes adecuadas ante la Lactancia Materna y la alimentación complementaria; aún continúan planteando dentro de las problemáticas para mantener la Lactancia Materna el hecho de tener que trabajar.

XII. Recomendaciones

- 1- Realizar campañas educativas relacionadas a incrementar los conocimientos maternos en Lactancia Materna Exclusiva e inicio de alimentación complementaria.
- 2- Que las personas responsables del control de niño sano, les informen más a las madres el tipo de alimento que un niño debe recibir conforme a su edad.
- 3- Crear en los centros de salud grupos de apoyo que durante el embarazo, conscienticen a la madre sobre la importancia y beneficios de la Lactancia Materna.
- 4- Durante la consulta pediátrica, se norme que siempre se les hable de alimentación del lactante, ya que es en esta etapa de la vida donde mayoritariamente se pueden realizar las intervenciones que pueden influir favorable o desfavorablemente en la nutrición del niño.
- 5- A las autoridades del Minsa, a la comisión de Lactancia materna Ley 295: incluir temas sobre lactancia materna en pensum de educación formal a todos los niveles, capacitaciones y promoción en todos los ámbitos laborales, etc. Incluyendo medios de comunicación.
- 6- Que el gobierno continúe exigiendo a los empleadores, otorguen permiso a las madres que amamantan, al menos cada 3 horas los primeros 6 meses de vida; así evitar que esta práctica continúe en decadencia.

XIII. Bibliografía

- 1- Cunha,A. & Yaohua,D." Dlamini,N." Trong Kim,H." Lang,S." &" Lutter,C. (2010). La alimentación del lactante y del niño pequeño normas. En La alimentación del lactante y del niño pequeño (p1, "pp5 -6,9,"p10","pp19-27"). Washington, D.C.: OPS, : por minimum graphics Impreso en USA.
- 2-Desconocido. (Febrero de 2014). Alimentación del lactante y del niño pequeño. Centro de prensa OPS, Nota descriptiva N°342.
- 3- Cruz – Hernández M. (2010). Nuevo Tratado de Pediatría: Conceptos Básicos de nutrición en pediatría (ede.10ª). Barcelona: Océano.
- 4-Rodriguez, R. Shefert y Jones J.Educación en Lactancia para los profesionales de la salud Washintong Universitaria de Georgetonwn,OPS-OMS 1990.
- 5- Camacho-Lindo A. Sáenz-Lozada. M. (2007, Diciembre). Prácticas de Lactancia Materna y Alimentación Complementaria en un Jardín Infantil de Bogotá. Revista de Salud Pública, Volumen 9 (4), Pg2.
- 6- *Benítez. J. (2008).Relación que existe entre el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad que asisten al Consultorio de CRED, en el C.S. Conde de la Vega Baja, enero 2008.San Marcos.*
7. Boletín Informativo sobre Lactancia Materna.pdf (sf). Recuperado de http://www.paho.org/nic/index.php?option=com_content&view=article&id=549&Itemid=286
- 8-Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2011-2012. Informe Preliminar.Instituto Nacional de Información de Desarrollo Ministerio de Salud. Nicaragua, Managua.<http://www.unfpa.org.ni/wp-content/uploads/2013/12/INFORME-PRELIMINAR-ENDESA-2011-12.pdf>

9-Delgadillo.S, Villagra.M.(1997).*Practicas de Lactancia Materna en menores de un año y su relación con los Conocimientos de las Madres Sobre sus Beneficios*. Managua, Nicaragua. Hospital Alemán Nicaragüense.

10- Aguilar. I, Baca. M.(2013) *Conocimientos Actitudes y Practicas Sobre Lactancia Materna de Puérperas entre 15 y 49 años del servicio de Ginecología en el Hospital Humberto Alvarado del departamento de Masaya en el Período de Abril a Junio del año 2012*. Managua, Nicaragua.

11- Álvarez, P. (2013). PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA PROMOVER UNA PRÁCTICA CORRECTA DE LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN ADOLESCENTES EMBARAZADAS DE SANTO TOMÁS AJUSCO, Abril2013.Mexico.

12-OMS. La alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud, Washington, D.C. OPS, 2010.

13-Behrman,R. Kliegman, R. Jenson, H. Nelson Tratado de Pediatría: La Alimentación de los Lactantes y los niños pequeños. (Ede17).Madrid. España. ELSEVIER.

14-Encuesta Nicaraguense de Demografía y Salud 2001. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) Ministerio de Salud (MINSAL). Octubre 2002. Lactancia y Nutrición.<http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR135/FR135.pdf>.

15- Galindo, D. (2011). Conocimientos y prácticas de las madres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud "Nueva Esperanza", 2011.Lima – Perú:

16-.Acuerdo Ministerial ALTB-01-03-2014; *Sobre La Aplicación de los Salarios Mínimos Aprobados por el Ministerio de Trabajo*.17 de marzo del 2014.La Gaceta Diario

Oficial. <http://www.mitrab.gob.ni/documentos/salariominimo/Acuerdo%20Ministerial%20ALTB-01-03-2014%20Salario%20Minimo%202014.pdf/view>

17-Navas, Lucia. 10 enero 2015. Cesta Básica Carísima (140215). http://bibliotecavirtual.dgb.umich.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=14&Itemid=15

XIV. Anexos

Cuadro N° 1, Edad de las madres de los Lactantes y niños Pequeños Hospitalizado en el servicio de pediatría del HAN de Octubre 2014 a Enero 2015.

Edad	Número	Porcentaje
15-19	24	24
20-24	30	30
25-29	26	26
30-34	11	11
más 35	9	9
Total	100	100

Fuente: Encuesta.

Cuadro N° 2, Procedencia Materna, de Lactantes y niños Pequeños Hospitalizado en el servicio de pediatría del HAN de Octubre 2014 a Enero 2015.

Procedencia	Número	Porcentaje
Rural	29	29
Urbana	71	71
Total	100	100

Fuente: Encuesta.

Cuadro N° 3, Ocupación Materna de los Lactantes y niños Pequeños Hospitalizado en el servicio de pediatría del HAN de Octubre 2014 a Enero 2015.

Ocupación	Número	Porcentaje
Administradora	8	8.1
Ama de casa	79	79.80
Cocinera	1	1.00
Comerciante	7	7.10
Estudiante	4	4.00
Total	99	100.

Fuente: Encuesta.

Cuadro N° 4, Estado Civil de madres, de los Lactantes y niños Pequeños Hospitalizado en el servicio de pediatría del HAN de Octubre 2014 a Enero 2015.

Estado civil	Número	Porcentaje
Acompañada	50	50.
Casada	23	23.
Soltera	27	27.
Total	100	100.

Fuente: Encuesta

Cuadro N° 5, Escolaridad de las madres, del Lactante y niño Pequeño Hospitalizado en el servicio de pediatría del HAN de Octubre 2014 a Enero 2015.

Escolaridad	Número	Porcentaje
Analfabeta	3	3.
Primaria	20	20.
Secundaria	59	59.
Universitaria	18	18.
Total	100	100.

Fuente: Encuesta

Cuadro N° 6, número de Hijos de las madres, del Lactante y niño Pequeño Hospitalizado en el servicio de pediatría del HAN de Octubre 2014 a Enero 2015.

Hijos	Número	Porcentaje
1	35	35.
2	30	30.
3	18	18.
4	6	6.
Más 5	11	11.
Total	100	100.

Fuente: Encuesta.

Cuadro N° 7 Ingreso familiar de las madres del Lactante y niño Pequeño Hospitalizado en el servicio de pediatría del HAN de Octubre 2014 a Enero 2015.

Ingreso Familiar	Número	Porcentaje
Menos de 1 salario	38	38.4
Un salario	46	46.5
Uno y medio salario	7	7.1
Dos salario	8	8.1

Cuadro N° 8, Relación Edad – N° de Hijos de las madres de Lactante y niño Pequeño Hospitalizado en el servicio de pediatría del HAN de Octubre 2014 a Enero 2015.

Hijos											
Edad	1 Nº	%	2 Nº	%	3 Nº	%	4 Nº	%	mas 5 Nº	%	TOTAL Nº %
15 – 19	19	54.2	4	13.3	1	5.5	0	0	0	0	24 24
20- 24	10	28.5	14	46.6	6	33.3	0	0	0	0	30 30
25-29	5	14.2	7	23.3	7	38.8	2	33.3	5	45.5	26 26
30-34	1	2.8	5	16.6	1	5.5	3	50	1	9	11 11
más 35	0	0	0	0	3	16.6	1	16.6	5	45.5	9 9
TOTAL	35	100	30	100	18	100	6	100	11	100	100 100

Fuente: Encuesta

Cuadro N° 9, Relación Escolaridad - Número de Hijos de las madres de Lactante y niño Pequeño Hospitalizado en el servicio de pediatría del HAN de Octubre 2014 a Enero 2015.

ESCOLARIDAD										
Hijos	ANALFABETA		PRIMARIA		SECUNDARIA		UNIVERSITARIA		TOTAL	
1	0	0	5	25	21	35.5	9	50	35	35
2	0	0	6	30	18	30.5	6	33.3	30	30
3	1	33.3	2	10	12	20.3	3	16.6	18	18
4	0	0	2	10	4	6.7	0	0	6	6
MAS 5	2	66.6	5	25	4	6.7	0	0	11	11
TOTAL	3	100	20	100	59	100	18	100	100	100

FUENTES ENCUESTA

Cuadro N° 10, Relación Procedencia Número de Hijos de las madres de Lactante y niño Pequeño Hospitalizado en el servicio de pediatría del HAN de Octubre 2014 a Enero 2015.

PROCEDENCIA	HIJOS									
	1		2		3		4		5 A MAS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
RURAL	13	37.1	7	23.3	3	20	1	16.6	5	45.4
URBANA	22	62.8	23	76.6	15	83.3	5	83.3	6	54.5
TOTAL	35	100	30	100	18	100	6	100	11	100

Cuadro N° 11, Conocimientos maternos sobre alimentación del Lactante y niño Pequeño Hospitalizado en el servicio de pediatría del HAN de Octubre 2014 a Enero 2015.

CONOCIMIENTOS	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
2.1HA ESCUCHADO HABLAR SOBRE LACTANCIA MATERNA	91	91	9	9
2.2SABE QUE ES LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	85	85	15	15
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA ES:				
A- SOLO PECHO MATERNO HASTA LOS 6 MESES.	69	81.1		
B- PECHO MATERNO Y OTRO TIPO DE LECHE ANTES DE LOS 6 MESE	10	11.7		
C- PECHO MATERNA Y AGUA DESDE EL NACIMIENTO.	6	7		
2.3CONOCE LOS BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA	91	91	9	9
BENEFICIOS DE LM.				
A- PREVIENE DE ENFERMEDADES AL NIÑO	36	39.6		
B- ES MÁS ECONÓMICA.	6	6.6		
C- PREVIENE EL CÁNCER DE MAMAS	2	2		
D- SIRVE COMO MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR AL SER EXCLUSIVA	3	3.3		
E- TODAS LAS ANTERIORES	44	48.4		
2.4CONOCE ALGÚN MÉTODO DE CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA	24	24	76	76
SABE CADA CUANTO TIEMPO SE DEBE DAR EL PECHO MATERNO AL NIÑO.	96	96	4	4
EL PECHO MATERNO SE DA:				
A- CADA VEZ QUE LLORA.	26	27		
B- A LIBRE DEMANDA.	26	27		
C- CADA DOS HORAS	35	36.4		

D- CADA 3 – 4 HORAS	9	9.3		
SABE CUÁNTO TIEMPO SE DA LACTANCIA MATERNA	94	94	6	6
SE DA LACTANCIA MATERNA:				
A- 6 MESES	41	43.6		
B- 1 AÑO	24	25.5		
C- 18 MESES	2	2.1		
D- 2 AÑOS	27	28.7		
CONOCE LA EDAD DE INICIO DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.	97	97	3	3
LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA SE INICIA.				
A- 1 MES	3	3		
B- 3 MESES	12	12.3		
C- 6 MESES	67	69		
D- 8 MESES	15	15.4		
SE ALIMENTA IGUAL AL NIÑO DESNUTRIDO QUE AL NIÑO CON PESO ADECUADO	79	79	21	21
DE ESTOS ALIMENTOS SE UTILIZA EN LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA:				
A- SOPAS	37	37		
B- CEREALES	31	31		
C- FRUTAS	31	31		
D- CARNES	1	1		
DE ESTOS ALIMENTOS CUALES CONTIENEN HIERRO				
A- SOPA DE FRIJOLES	93			
B- POLLO	3			
C- CARNES ROJAS	4			
DE ESTOS ALIMENTOS CUALES APORTAN VITAMINA A				
A- HÍGADO	20	20		
B- ZANAHORIA	56	56		
C- MELÓN	7	7		
D- PAPAYA	17	17		

FUENTE ENCUESTA

Conocimientos	Número	Porcentaje
Buenos	460	41.8
Malos	640	58

Cuadro N° 12, Relación Procedencia y beneficios de lactancia materna en Lactante y niño Pequeño Hospitalizado en el servicio de pediatría del HAN de Octubre 2014 a Enero 2015.

PROCEDENCIA	TODOS LOS BENEFICIOS DE LACTANCIA MATERNA. NÚMERO	PORCENTAJE
RURAL	12	27
URBANO	32	72.7
TOTAL	44	100

FUENTE. ENCUESTA

Cuadro N° 13, Relación escolaridad-Conocimientos maternos sobre Inicio de alimentación complementaria del Lactante y niño Pequeño Hospitalizado en el servicio de pediatría del HAN de Octubre 2014 a Enero 2015

INICIO DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA								
ESCOLARIDAD	1 MES.		3 MESES.		6 MESES		8 MESES	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ANALFABETA	1	33.3	2	16.6	0	0	0	0
PRIMARIA	1	33.3	4	33.3	10	14.9	5	33.3
SECUNDARIA	1	33.3	4	33.3	42	67.6	9	60
UNIVERSITARIA	0	0	2	16.6	15	22.3	1	6.6
TOTAL	3	100	12	100	67	100	15	100

Cuadro N° 14, Relación Procedencia–Tipo de alimento para inicio de alimentación complementaria en Lactante y niño Pequeño Hospitalizado en el servicio de pediatría del HAN de Octubre 2014 a Enero 2015

CUAL DE LOS SIGUIENTES ALIMENTOS UTILIZARÍA PARA INICIAR ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

PROCEDENCIA	CARNES		CEREALES.		FRUTAS		SOPAS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	N	%	Nº	%
RURAL	0	0	9	28.1	9	28.1	11	29.7	29	29
URBANA	1	100	22	70.9	22	70.9	26	72.1	71	71
TOTAL	1	100	31	100	31	100	37	100	100	100

Fuente encuesta

Cuadro N° 15, Actitudes maternas sobre alimentación del Lactante y niño Pequeño Hospitalizado en el servicio de pediatría del HAN de Octubre 2014 a Enero 2015.

ACTITUDES	DE ACUERDO		EN DESACUERDO	
	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE
LA LACTANCIA MATERNA ES ALGO QUE TIENE QUE VER SOLO CON LA MUJER	80	80	20	20
LA LACTANCIA MATERNA AFLOJA LOS BUSTOS EN LA MUJER	50	50	50	50
SE DEBE DAR SOLO PECHO MATERNO LOS PRIMEROS 6 MESES Y COMPLEMENTARIO HASTA LOS 2 AÑOS	92	92	8	8
EL HIERRO QUE CONTIENE LA LECHE MATERNA SE ABSORBE MEJOR QUE EL HIERRO QUE CONTIENEN OTROS ALIMENTOS	87	87	13	13
SI UNO TRABAJA ES DIFÍCIL DAR EL PECHO MATERNO	67	67	33	33
EN LOS CONTROLES PRENATALES ME DEBERÍAN INFORMAR SOBRE LACTANCIA	92	92	8	8
A PARTIR DE LOS 6 MESES PUEDO INTRODUCIR UN ALIMENTO FRITO EN LA DIETA DEL BEBE	25	25	75	75
EL USO DE BIBERÓN AUMENTA EL RIESGO DE INFECCIONES	89	89	11	11
LAS FORMULAS INFANTILES TIENEN IGUAL COMPONENTE QUE LA LECHE MATERNA	11	11	89	89
AL AÑO DE VIDA EL NIÑO DEBE COMER DE TODO	83	83	17	17
A PARTIR DEL AÑO EL BEBE DEBE RECIBIR DOS MERIENDAS NUTRITIVAS DE FRUTAS O CEREALES	83	83	17	17
SI MI BEBE TIENE HAMBRE YO LE DOY EL PECHO SIN IMPORTAR EL LUGAR DONDE ESTE	86	86	14	14

FUENTE: ENCUESTA

ACTITUD MATERNA ANTE LA ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE.

ACTITUDES	NÚMERO	PORCENTAJE
ADECUADA	69	69
INADECUADA	31	31
TOTAL	100	100

Cuadro N° 16, Prácticas Maternas en alimentación del Lactante y niño Pequeño Hospitalizado en el servicio de pediatría del HAN de Octubre 2014 a Enero 2015

PRÁCTICAS	SI		No	
	NÚMERO	PORCENTAJE	NÚMERO	PORCENTAJE
EN MI FAMILIA TODAS LAS MUJERES DAN SOLO PECHO	60	60	40	40
A MI HIJO ANTERIOR SOLO PECHO MATERNO LE DI	51	59.3	35	40.7
SUSPENDÍ LA LACTANCIA PORQUE NO PRODUZCO LECHE	22	23.9	70	76
LE INICIE FÓRMULA DESDE EL NACIMIENTO PORQUE NO SE LLENA	57	57	43	43
CUANDO ESTÁ ENFERMO LE DOY MÁS PECHO QUE OTROS ALIMENTOS	80	80	20	20
LE DI AGUA ANTES DEL MES PORQUE TENÍA SED	67	67	33	33
LE PUSIERON AL PECHO A SU BEBE ANTES DE LA PRIMERA HORA DE VIDA	59	59	41	41
A MI BEBE LE HE DADO TODO TIPO DE ALIMENTO ANTES DEL AÑO DE VIDA	32	32	68	68
DURANTE LOS CONTROLES PRENATALES O LA CONSULTA PEDIÁTRICA LE ORIENTARON SOBRE LOS ALIMENTOS QUE DEBE DAR O NO A SU NIÑO	54	54	46	46
LE DIO LECHE DE TARRO U OTRA LECHE A SU BEBE	64	64	36	36

FUENTE: ENCUESTA

Prácticas	Numero	Porcentaje
Adecuada	55	55
Inadecuada	42	42

Consentimiento Informado

Yo soy Argeli Martínez (Residente de tercer año de pediatría), trabajo para el Hospital Alemán Nicaragüense. Estoy investigando **LOS CONOCIMIENTOS ACTITUDES Y PRÁCTICAS MATERNAS SOBRE ALIMENTACION DEL LACTANTE Y NIÑO PEQUEÑO INGRESADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HAN DE octubre del 2014 A enero 2015**, esto con el objetivo de realizar mi tesis monográfica; por lo cual estoy invitando a todas las madres a participar de este estudio, es muy importante ya que nos permitirá conocer el tipo alimentación que reciben los niños que se atienden en esta unidad.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, continuarán todos los servicios que reciba en este Hospital y nada cambiará.

La información que recojamos en esta encuesta de investigación se mantendrá confidencial. La información acerca de usted que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance y nadie sino el investigador tendrán acceso a verla.

Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, me para según le informo para darme tiempo a explicarle. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarme a mí.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico

Firma del Participante _____

Fecha _____

Encuesta No. _____

1. DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS:

Edad. _____
 Procedencia. _____
 Ocupación actual. _____
 Estado Civil _____
 Nivel de Escolaridad. _____
 N° de hijos/as: _____
 Ingreso Familiar: 1- Menos de un salario mínimo
 2- un salario mínimo
 3- uno y medio salario mínimo
 4- mas de 2 salarios mínimo.

Conocimientos maternos de alimentación del lactante y niño pequeño.

2-Conocimientos

Si No

2.1 Ha escuchado hablar sobre lactancia		
2.2 Sabe que es lactancia materna exclusiva, si la respuesta es si como lo define:		
a- Es dar solo pecho materno hasta los 6 meses		
b- Es dar pecho materno y otro tipo de leche antes de los 6 meses		
c- es dar pecho materno y agua desde el nacimiento.		
2.3 Conoce los beneficios de la lactancia materna, si la respuesta es si cuales de estos cree que son:		
a- Previene enfermedades al niño.		
b- Es mas económica.		
c- Previene el cáncer de mamas.		
d- Sirve como método de planificación familiar si es exclusiva.		
e- Todas las anteriores.		
2.4 Conoce algún método de conservación de la leche materna.		
2.5 Sabe cada cuanto debe darle el pecho al niño; si la respuesta es si seleccione:		
a- cada vez que llora.		
b- a libre demanda.		
c- cada dos horas.		
Cada 3- 4 horas.		
2.6 Sabe usted cuanto tiempo debe dar lactancia materna.		
si la respuesta es si seleccione:		

- a- seis meses
- b- un año
- c- dieciocho meses.
- d- dos años.

2.7 Conoce a que edad se debe iniciar a dar otro tipo de alimento que no sea solo pecho materno al bebé. si la respuesta es si seleccione:

- a- Al mes
- b- A los 3 meses
- c- a los 6 meses
- d- A los 8 meses.

2.8 La alimentación del niño desnutrido es igual que la del niño con peso normal

2.9 Con cuál de los siguientes alimentos se debe iniciar la alimentación complementaria.

- a- Sopas.
- b- Cereales.
- c- Frutas
- d- Carnes

2.10 Identifique en la siguiente lista, los alimentos que contienen hierro.

- a- Sopa de frijoles.
- b- Pollo.
- c- Carnes rojas

2.11 –Cuál de los siguientes alimentos aportan vitamina A en la dieta de su bebé:

- a- Hígado.
- b- Zanahoria.
- C- Melón .
- d-papaya.

3- Actitudes maternas ante la alimentación del lactante.

Actitudes	De acuerdo	En desacuerdo	Duda
3.1 La lactancia materna es algo que tiene que ver solo con la mujer.			
3.2 La lactancia le afloja los bustos a la mujer			
3.3 Se le debe dar solo pecho materno al niño hasta los 6 meses exclusivo y hasta los dos años complementario			
3.4 El hierro que contiene la leche materna se absorbe mejor que el que contienen otros alimentos.			
3.5 Si uno trabaja es difícil darle pecho			
3.6 En los controles prenatales me deberían informar sobre lactancia.			
3.7 a partir de los 6 meses puedo introducir en la alimentación del bebe un alimento frito.			
3.8 El uso de biberón incrementa el riesgo de infecciones			
3.9 Las formulas infantiles tienen igual componente que la leche materna			
3.9 Al año de vida el niñ@ debe comer de todo			
3.10 A partir del año el bebe debe recibir dos meriendas nutritivas de frutas o cereales.			
3.11 Si mi bebe tiene hambre yo le doy el pecho sin importar el lugar donde este.			

4. Practicas maternas de alimentación

Practicas	Si	No	No se
4.1 En mi familia todas las mujeres dan solo pecho.			
4.2 a mi hijo anterior solo pecho materno le di.			
4.3 Suspendí la lactancia porque no produzco leche.			
4.4 Le inicie formula desde el nacimiento porque no se llena.			
4.5 Cuando está enfermo le doy más pecho que otros alimentos			
4.6 Le di agua antes del mes porque tenía sed.			
4.7 Le pusieron al pecho a su bebé antes de la primera hora de vida.			
4.8 A mi bebé le he dado todo tipo de alimento antes del año de vida			
4.9 Durante los controles prenatales o la consulta pediátrica le orientaron sobre los alimentos que debe dar o no al niño.			
4.10 Le dio (fórmulas) leche de tarro u otra leche a su bebé			